

Médecin receveur:

Dr Rémo Osterwalder, Route de Rossemaison 48 B, 2800 Delémont,
+41 32 423 40 40, juramed@hin.ch

Médecin référent:

Nom du praticien

Numéro de téléphone*

Adresse*

Prénom

Nom*

E-mail*

ZRS/GIt (identification de facturation auprès des assurances)

Détails du patient :

Prénom

Nom*

Adresse*

Numéro de téléphone

E-mail

Nom de l'assurance maladie obligatoire

Numéro de l'assurance maladie

Raison de la référence*

- Non sélectionné Palpitations
 Dépistage de la fibrillation auriculaire
 Vertiges Syncope
 Optimiser le traitement Autre
- _____
- _____

Remarques**Examen demandé***

- ECG à long terme 1 jour ECG à long terme 5 jours
 ECG à long terme 2 jours ECG à long terme 6 jours
 ECG à long terme 3 jours ECG à long terme 7 jours
 ECG à long terme 4 jours

Informations complémentaires sur le patient:

Antécédents du patient (en rapport avec l'examen demandé)*

 aucun joint en pdf envoyé par e-mail

Médicaments réels (en rapport avec l'examen demandé)*

 aucun joint en pdf envoyé par e-mail

Informations complémentaires (en rapport avec l'examen demandé)*

 aucun joint en pdf envoyé par e-mail

Par cette lettre de renvoi, le médecin référent confirme que le patient a été informé et qu'il a signé personnellement ou par l'intermédiaire de son représentant juridique les deux déclarations de consentement:

Consentement au transfert de données* Consentement à la facturation*

Les deux formulaires restent chez le médecin, mais doivent être fournis au médecin destinataire à tout moment sur demande !

Date du renvoi: